FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 14 *janvier* 1847,

Par JEAN-CHARLES-EUGÈNE FOLTZ,

né à Nancy (Meurthe),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Chirurgien interne de l'hôtel-Dieu et de la Charité de Lyon.

DES OPHTHALMIES SPÉCIFIQUES,

DE LEUR DIAGNOSTIC ET DE LEUR TRAITEMENT.

à Monsieur Pouzet

chirurgien interne,

souvenir amical d'un collègue

E. Foltz

1847

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	P. BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY aîné, Président.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	BLANDIN.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON,
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER, Examinateur. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. J. CLOQUET. VELPEAU. ....
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH, Examinateur.
BEAU, Examinateur.
BÉCLARD.
BEHIER.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
L. FLEURY.
J.-V. GERDY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.

MM. GRISOLLE.
MAISSIAT.
MARCHAL.
MARTINS.
MIALHE.
MONNERET.
NÉLATON.
NONAT.
SESTIER.
A. TARDIEU.
VOILLEMIER.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MON ONCLE, M. RICHARD (DE NANCY).

J.-C.-E. FOLTZ.

DES

OPHTHALMIES SPÉCIFIQUES,

DE

LEUR DIAGNOSTIC ET DE LEUR TRAITEMENT.

On nomme *ophthalmie* l'inflammation d'une ou de plusieurs des parties constituantes de l'œil, et principalement de ses membranes. Ces maladies occupent dans le cadre nosologique la place que la *famille* occupe dans l'histoire naturelle. Étudiées sous des points de vue différents en Allemagne et en France, elles ont donné naissance à deux grandes doctrines. La première, créée par Beer, perfectionnée et propagée chez les Allemands par Weller, et parmi nous par M. Sichel, enseigne que les ophthalmies se composent de diverses espèces se distinguant par des caractères anatomo-pathologiques propres, et une cause spéciale : d'où le nom d'*ophthalmies spécifiques* qu'on leur a donné. La seconde, dont le principal représentant parmi nous est M. Velpeau, apprend qu'elles ne diffèrent que par le siége, et par le degré, l'étendue et l'intensité de l'inflammation. En présence de ces deux systèmes, nous avons cherché la vérité, et nous penchions déjà beaucoup pour le premier, lorsque nous fûmes complétement déterminé par le fait que voici : avant d'avoir lu aucun ouvrage sur les maladies des yeux, et sachant à peine qu'il existait des ophthalmies spécifiques, j'en avais recueilli un certain nombre dont je n'avais pas cherché à bien déterminer l'espèce. Actuellement que j'ai ces observations sous les yeux, il m'est possible de reconnaître, pour ainsi dire, dans chacune d'elles, les

cifiques entendues de cette manière. L'*ophthalmie simple* forme un premier groupe, offrant autant de variétés qu'il y a de membranes dans l'œil, de degrés dans l'inflammation, et de circonstances servant à la modifier. Comme il est très-rare de rencontrer l'inflammation isolée d'une membrane, nous décrirons cette ophthalmie de la manière qu'elle apparaît le plus souvent dans la pratique, c'est-à-dire sous les noms d'*ophthalmie externe* et d'*ophthalmie interne*. Un deuxième groupe comprend les *ophthalmies spécifiques* proprement dites, au nombre desquelles nous admettons les *ophthalmies catarrhale, rhumatismale, scrofuleuse, spécifique* et *arthritique*. Il arrive souvent que deux de ces maladies combinent leurs caractères de manière à apparaître sous une forme propre et à constituer ainsi une nouvelle espèce; telles sont les *ophthalmies catarrho-rhumatismale* et *catarrho-scrofuleuse*. Un dernier groupe comprend les ophthalmies purulentes : ce sont l'*ophthalmie des nouveau-nés*, la *blennorrhagique* et celle d'*Égypte*. Ces trois groupes diffèrent entre eux par des caractères généraux fort remarquables : ainsi, le second se différencie du premier par la nature spéciale de sa cause, son siége d'élection et son traitement, indépendamment des caractères propres à chaque espèce; le troisième se sépare des deux autres par un signe pathognomonique très-important, une suppuration abondante et contagieuse. Il est une foule d'autres espèces qui ont été admises par les auteurs, et que nous ne croyons pas devoir conserver, parce que tantôt elles rentrent dans un des groupes précédents, et ne constituent qu'une variété, tantôt elles ne sont point de véritables ophthalmies : l'ophthalmie intermittente, par exemple, n'est qu'une névralgie de la cinquième paire, comme M. Tavignot l'a établi récemment (*Gaz. méd.*, 1846, t. 1, p. 797).

Telles sont les espèces que nous avons admises. Nous n'insisterons dans nos descriptions que sur celles que nous avons pu observer par nous-même, et nous aurons soin d'établir, après l'exposé des caractères, le diagnostic différentiel de chacune d'elles. Le traitement ressortira de leur nature et des particularités relatives à quelques symptômes prédominants. Nous n'entrerons pas ici dans le détail des

médicaments qui ont été employés dans le traitement des ophthalmies. Nous nous bornerons à dire qu'ils sont extrêmement nombreux, sauf à examiner les principaux en temps et lieu. On se plaît généralement à répéter que la richesse thérapeutique d'une maladie est un signe non équivoque de la pauvreté et du peu d'efficacité des remèdes. Cependant cette vérité n'est pas applicable aux maladies des yeux, car si leurs moyens de guérison sont nombreux et variés, chacun d'eux a su mériter la confiance de praticiens distingués, et devenir efficaces là où tous les autres avaient échoué. Quoi qu'il en soit des services qu'on est en droit d'en attendre, tous ces remèdes seraient cependant inutiles et même nuisibles, s'ils n'étaient pas secondés par l'hygiène à laquelle nous n'hésitons pas à attribuer une bonne part des succès obtenus dans le traitement des ophthalmies. Je pense qu'on sera de notre avis en considérant combien elles sont fréquentes dans les lieux dont l'air est vicié, combien un changement de température, un simple courant d'air, une variation brusque dans l'atmosphère, l'éclat un peu vif du soleil ou d'une lumière artificielle, un exercice un peu prolongé de la vue, engendrent ou entretiennent ces pénibles et dangereuses maladies. Si donc on parvient à soustraire l'organe malade à l'influence de ces conditions fâcheuses, en le mettant en contact avec un air pur, calme et d'une température convenable, en lui donnant assez de lumière pour qu'il ne soit ni dans le repos qui mène à la faiblesse, ni dans l'exercice qui mène à la fatigue, on aura beaucoup fait pour la guérison, que les médicaments pourront seulement alors compléter.

PREMIER GROUPE.

Ophthalmie simple externe.

Elle a pour *siége* principal la conjonctive, la cornée et la sclérotique.

Symptômes. — Parmi les signes de l'inflammation en général, la rougeur joue ici un rôle important. Selon qu'elle apparaît simplement dans les vaisseaux de la conjonctive ou qu'elle infiltre tout son tissu, elle caractérise les deux degrés de l'ophthalmie. — *Premier degré.* On voit partir du pli oculo-palpébral de la conjonctive des vaisseaux légèrement flexueux, se dirigeant vers la cornée. Ils forment un réseau à mailles plus ou moins serrées et irrégulières, au travers desquelles on distingue le tissu blanc de la sclérotique. Superficiels et saillants à la surface de l'œil, ils sont mobiles et se déplacent avec la conjonctive mise en mouvement par la paupière ou par la main de l'observateur. Leur couleur est celle du vermillon ou du cinabre. Arrivés près de la cornée, ils s'arrêtent d'abord à une petite distance de cette membrane, de manière à laisser voir un cercle blanc très-étroit, formé par la partie de la sclérotique qui recouvre la circonférence de la cornée. Plus fins et plus droits en ce moment, ils semblent s'enfoncer dans la conjonctive. Si l'inflammation continue, ils s'avancent jusqu'à la cornée qu'ils respectent de nouveau, pour l'envahir plus tard. Au-dessous de ces vaisseaux on en distingue d'autres d'une coloration moins vive, bleuâtre ou carmin, moins mobiles et siégeant dans le tissu cellulaire sous-conjonctival et dans la sclérotique. — *Second degré.* Les vaisseaux si nombreux et si distincts précédemment ne laissent plus apercevoir que leurs troncs les plus gros. L'injection a envahi le tissu même de la conjonctive qui prend une teinte uniforme de cinabre. Cette membrane est légèrement tuméfiée. La cornée s'obscurcit et devient terne comme un miroir sur lequel on a soufflé. L'injection, sous forme de très-petits vaisseaux rayonnants, la déborde et menace de l'envahir. Si l'inflammation continue, la conjonctive se tuméfie de plus en plus, sa surface devient comme fongueuse et violacée; son tissu s'épaissit et forme autour de la cornée un bourrelet turgescent qu'on nomme *chémosis inflammatoire.* Cet état, le plus haut degré de l'inflammation, peut amener la désorganisation de la cornée, sa perforation et l'évacuation des humeurs de l'œil. Le plus souvent c'est une taie plus ou moins étendue et opaque qui en résulte.

Les paupières participent généralement à l'inflammation; leur muqueuse est injectée comme la conjonctive oculaire; leur face externe est un peu rouge et leur tissu œdématié. La douleur a son siége dans l'œil sous la paupière supérieure, et donne au malade la sensation d'un corps étranger. Elle n'est pas généralement vive; souvent elle n'est pas en rapport avec l'intensité de l'inflammation; je l'ai vue manquer presque entièrement dans des chémosis considérables avec suppuration de la cornée. La photophobie est peu marquée. L'œil, d'abord desséché, ne tarde pas à s'humecter de larmes. La vue s'obscurcit plus ou moins et la cécité peut être complète, quand la cornée est envahie par les infiltrations albumineuses ou purulentes. La conjonctive sécrète un mucus d'abord limpide, ténu et transparent, ensuite plus opaque. La réaction inflammatoire n'est pas toujours en rapport avec les symptômes locaux. L'ophthalmie simple externe peut se présenter sous d'autres formes un peu différentes qu'il est essentiel d'indiquer. On a remarqué parfois que la conjonctive et le tissu cellulaire sous-jacent s'infiltrent de sérosité, et forment un bourrelet qu'on a nommé *chémosis séreux*. J'ai vu, dans l'ophthalmie résultant de l'action de la chaux, un mélange du chémosis inflammatoire et du chémosis séreux, donnant à l'œil un aspect bizarre et bariolé.

Les *causes* ordinaires sont les plaies, les corps étrangers, les congestions, etc.

Le *traitement* comprend des moyens locaux et des moyens généraux. Au début, et lorsque la phlegmasie est peu intense, un simple collyre émollient et anodin, une décoction de sureau, mauve et pavot suffit dans la généralité des cas. Plus forte et siégeant surtout dans la conjonctive, la phlegmasie exige des collyres astringents, dont les principaux sont composés avec l'acétate de plomb, le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent, ainsi rangés selon leur degré d'énergie. Ce dernier a obtenu de nos jours une vogue immense. De quelque manière qu'on veuille expliquer son action, en admettant, avec Hunter, la substitution d'une inflammation vive et courte à une inflammation modérée et lente; avec Vetch, une propriété sédative

qui calme instantanément les douleurs; avec M. Velpeau, une propriété résolutive; toujours est-il qu'expérimentalement son efficacité est incontestable, comme j'ai pu souvent m'en convaincre dans le service de M. Pétrequin. Scarpa, Beer et Mackenzie les premiers ont préconisé ce médicament, mais c'est M. Velpeau qui en a régularisé le mode d'administration. Il le donne, au début de la phlegmasie, à la dose de 3 centigrammes chez les enfants pour 30 grammes d'eau distillée. Il en augmente graduellement la dose, et il l'a portée, chez les adultes, jusqu'à 3, 4 et 5 décigrammes. On en instille matin et soir une goutte ou deux entre les paupières pendant trois ou quatre jours; on le suspend ensuite pendant deux ou trois, et l'on recommence ainsi jusqu'à complète guérison. Il est indispensable, lorsque la phlegmasie est au second degré, de faire précéder les applications topiques d'émissions sanguines: six ou douze sangsues à la tempe, derrière l'oreille, etc., rendront plus efficace l'action des collyres astringents. Le traitement du chémosis inflammatoire doit être plus énergique: il faut débuter par la saignée générale, mais nous ne croyons pas qu'il faille la réitérer coup sur coup, à la méthode de M. Bouillaud, à moins que ce ne soit chez un sujet extrêmement fort et pléthorique. Dans tous les cas, on doit se guider sur la réaction inflammatoire. Ensuite on applique des sangsues autour de l'œil. M. Velpeau préfère en appliquer une sur la conjonctive. Les scarifications de cette membrane ont été beaucoup vantées par Sanson. En même temps on ne néglige aucun révulsif, tel que pédiluves sinapisés, etc. Lorsque le chémosis a perdu de son intensité, on le touche avec le crayon de nitrate d'argent, puis on instille dans l'œil une solution de cette même substance. Il n'en est plus de même lorsqu'on a affaire à un chémosis séreux. Ici la base du traitement est dans l'administration du calomel à l'intérieur. On le donne à la dose de 1 gramme par jour comme purgatif et comme hyposthénisant. On emploie concurremment les moyens locaux, principalement le collyre au nitrate d'argent. Quant à la variété de chémosis que nous avons signalée, elle est rebelle et exige la

résection d'une portion de la muqueuse qu'on touche ensuite avec la pierre infernale.

Lorsque le siége principal de la maladie est dans la cornée ou la sclérotique, les collyres doivent presque toujours être rejetés. C'est ici que la phlébotomie a une supériorité incontestable. La saignée du bras doit être préférée. Les sangsues et les pédiluves s'administrent aussitôt après; puis on donne l'émétique en lavage à la dose de 5 centigrammes dans un litre de tisane, le calomel comme hyposthénisant, ou le jalap comme purgatif. Dans ces cas, M. Velpeau a retiré d'excellents effets des frictions mercurielles autour de l'orbite. S'il y a plaie, ou ulcération de la cornée, avec ou sans staphylôme de l'iris, voici le traitement local que j'ai vu employer avec beaucoup de succès par M. Pétrequin. L'habile chirurgien de l'hôtel-Dieu de Lyon touche la plaie avec un crayon de nitrate d'argent finement taillé; il recommande au malade de fermer les paupières, et il les recouvre d'abord d'un petit morceau de linge qui a leur étendue et leur forme ovalaire, ensuite de fines bandelettes de sparadrap entre-croisées en grillage sur l'œil et les parties voisines. Il applique par-dessus un tampon de charpie, une compresse et une bande. Il renouvelle l'appareil tous les deux jours, si la phlegmasie est aiguë; tous les quatre jours, si elle est chronique. Son action est facile à comprendre: il comprime l'œil, il le rend immobile et prévient les mouvements si défavorables des paupières; il garantit sa surface de la poussière et de l'action de l'air. Les vésicatoires et les sétons doivent être généralement rejetés au début. Il va sans dire que lorsqu'un corps étranger est resté dans l'œil, il faut, avant tout, s'occuper de son extraction. Mackenzie avertit avec beaucoup de prudence et de raison que, dans l'ophthalmie traumatique, surtout avec plaie, l'inflammation se propage rapidement à tous les tissus de l'œil. Il recommande alors fortement les saignées. Nous avons vu souvent le procédé de M. Pétrequin arrêter le danger concurremment avec les antiphlogistiques.

Ophthalmie interne.

Son *siége* principal est l'iris, la rétine, la choroïde, etc.

Symptômes. — Cette phlegmasie s'annonce au premier degré par une tension et une compression du globe de l'œil. Il y succède une douleur profonde, pulsative, qui se répand bientôt dans tout un côté de la tête. L'iris se contracte, fait saillie en avant et change de couleur ; de noir il devient brun, de bleu il devient vert ; la pupille est rétrécie au point de disparaître entièrement dans certains cas ; vue trouble, photopsie. En même temps, les membranes externes s'injectent plus ou moins. Cependant la céphalalgie devient atroce et va quelquefois jusqu'au délire. La douleur est gravative et se change en une sensation de pesanteur et de froid ; des frissons continuels ne laissent plus de doute sur la formation du pus. Celui-ci apparaît dans la chambre antérieure, s'y accumule et finit par la remplir ; la cécité est alors complète. La cornée poussée en avant peut se rompre et l'œil se vider. Dans des cas moins graves, le pus moins abondant se résorbe ; la pupille reste en partie oblitérée par des épanchements plastiques, et la vision n'est pas entièrement perdue. Une fièvre intense accompagne toujours cette formidable maladie. La physionomie de cette ophthalmie est tellement tranchée, qu'il est inutile d'établir le diagnostic différentiel d'avec la précédente qui l'accompagne parfois ; on lui donne alors le nom d'*ophthalmite.*

Le *traitement* antiphlogistique le plus énergique est ici impérieusement réclamé. Une ou plusieurs saignées larges seront pratiquées et suivies de l'application des sangsues à la tempe. Le mercure, comme altérant, sera donné en frictions autour de l'orbite, en pilules à l'intérieur. La belladone sera très-utile pour conserver à la pupille un champ plus vaste en cas d'adhérences consécutives. Lorsque le pus est formé, on applique un cataplasme sur l'œil, et on s'en remet au mercure et aux toniques, tels que le quinquina, du soin de le faire dispa-

raître. Si cependant l'œil était trop violemment distendu par la collection purulente, il ne faudrait pas balancer à le ponctionner.

DEUXIÈME GROUPE.

Ophthalmie catarrhale.

Le *siége* de cette ophthalmie est dans la conjonctive oculo-palpébrale et dans les glandes de Meïbomius.

Symptômes. — Ils débutent par la muqueuse palpébrale qui présente une injection d'abord rosée, puis vermillon ou rouge-brique. Des vaisseaux superficiels, un peu flexueux et mobiles, se dirigent du bord libre de la paupière vers le grand pli de la conjonctive. De ce pli partent des troncs vasculaires qui viennent se terminer par une extrémité fine à 2 ou 3 millimètres de la circonférence de la cornée. Il en résulte autour de cette membrane une zone ou auréole blanche pathognomonique, due à la portion de conjonctive et à la sclérotique restées saines. Les vaisseaux sont discrets, simples, distants de 1 millimètre l'un de l'autre, d'une direction assez droite et communiquant entre eux par de petits rameaux. A un degré plus élevé, l'auréole disparaît, les vaisseaux s'avancent jusqu'à la circonférence de la cornée, qu'ils ne débordent jamais, tant que la maladie reste simple. L'injection présente alors les mêmes caractères que nous avons décrits dans l'ophthalmie externe, bornée à la conjonctive. Cette membrane ensuite devient lâche, se plisse, s'élargit et prend une teinte rouge-jaunâtre. La douleur a quelque chose de caractéristique ; elle existe au début et donne au malade la sensation de graviers qui se seraient fourrés sous les paupières; celles-ci sont en même temps affectées d'une démangeaison incommode. Jamais la douleur ne siége ni dans le globe de l'œil, ni dans une partie correspondante de la tête. Bientôt un mucus transparent, sans âcreté, ensuite opaque et assez abondant, se rassemble aux commissures et dans les plis de la conjonctive. Uni à la

sécrétion des glandes de Meïbomius, il colle le matin les paupières et forme de petites lamelles jaunâtres entourant la base des cils; du reste, pas d'ulcération au-dessous. Il n'y a ni photophobie, ni larmoiement; la vision n'est troublée que par quelques filaments de mucosités étendues sur la cornée. Le soir, tous les symptômes augmentent, l'injection, la douleur, les sécrétions. En général, il n'y a point de fièvre, mais il y a fréquemment complication de bronchite ou de coryza.

Variétés. — Chez des sujets faibles et lymphatiques, on a remarqué un chémosis séreux, accompagné d'œdème palpébral. Le chémosis, l'œdème et la sécrétion puriforme peuvent atteindre un degré tel, que la maladie simule une ophthalmie purulente. Une variété plus commune est la forme chronique; ici la muqueuse est lâche, plissée, hypertrophiée; ses vaisseaux n'atteignent pas la cornée; sa surface, surtout au niveau du pli oculo-palpébral, présente des granulations qui lui donnent un aspect particulier. Celles-ci sont d'une grosseur variable; tantôt elles représentent de simples villosités et sont agglomérées en masse, donnant ainsi à la muqueuse un aspect fongueux; tantôt elles sont grosses comme un grain de millet, discrètes, transparentes, d'un rouge pâle, dures et élastiques comme le cartilage.

La *cause* réside dans un état particulier de l'atmosphère devenue froide et humide, et surtout, selon Beer, viciée par des émanations.

Diagnostic différentiel. — On distingue l'ophthalmie catarrhale de l'ophthalmie simple externe par son siége, invariablement fixé à la conjonctive et aux glandes de Meïbomius, et sans aucune tendance à envahir les autres tissus; par la marche de l'injection débutant dans la muqueuse palpébrale, s'arrêtant à quelque distance de la cornée pour y former une zone blanche caractéristique; par la sécrétion muco-purulente; par la nature de la douleur; par l'exacerbation du soir; par la cause de la maladie, etc. L'ophthalmie interne qui a son siége profondément, qui s'accompagne de douleurs atroces, de fièvre, etc., ne se confondra jamais avec elle.

Traitement. — Les auteurs sont d'accord sur le traitement qui convient à l'ophthalmie catarrhale. Ils rejettent tous les saignées et vantent beaucoup le traitement local qui se compose de collyres astringents. C'est surtout ici que le nitrate d'argent agit bien. J'ai exposé son mode d'emploi, je n'y reviendrai pas : je me bornerai à dire ici qu'on se sert d'une solution de 20 centigrammes sur 30 grammes d'eau. Mackenzie, qui le considère comme un remède souverain dans cette ophthalmie, en instille une large goutte dans l'œil deux ou trois fois par jour avec un pinceau de poils de chameau. Si la sécrétion muqueuse est abondante, il le remplace avec avantage par une pommade composée de 5 centigrammes à 1 gramme de nitrate d'argent sur 30 grammes d'axonge, ou par la pommade au précipité rouge. Il prescrit aussi des fomentations tièdes sur l'œil avec le collyre suivant : sublimé, 5 centigrammes; hydrochlorate d'ammoniaque, 3 décigr.; eau, 250 grammes; vin d'opium, 2 grammes. Il recommandeau début une dose purgative de calomel ou de jalap, et un sel neutre de temps en temps pendant le cours du traitement. Sichel prescrit un collyre astringent, et insiste sur les sudorifiques pour rappeler l'action de la peau qui a été supprimée. Je dois ajouter que j'ai vu dans le service de M. Colrat, chirurgien-major de la Charité de Lyon, des ophthalmies catarrhales intenses guérir parfaitement sans collyre, et pour ainsi dire par la seule hygiène. Il est permis de croire cependant que dans ces cas la guérison exige quelques jours de plus pour être parfaite. Dans les cas de chémosis séreux, on évacue d'abord la sérosité par de légères scarifications. L'état chronique avec granulations est rebelle et exige un traitement à part; si les granulations sont récentes et peu volumineuses, on les détruira en les touchant avec la pierre d'alun ou de sulfate de cuivre; mais si elles sont fermes et à gros grains, il faut avoir recours au collyre de nitrate d'argent à haute dose, 4 ou 5 décigrammes pour 30 grammes d'eau, dont on applique une goutte sur la partie granuleuse au moyen d'un pinceau. Enfin, dans certains cas, elles sont tellement dures, qu'il faut les exciser avec

des ciseaux fins, et cautériser ensuite la place avec le crayon de nitrate d'argent.

Ophthalmie rhumatismale.

Son *siége* est dans la sclérotique, la cornée, l'iris, la tunique albuginée et les muscles de l'œil.

Symptômes. — L'injection a une disposition particulière qui est pathognomonique de la maladie. Tout autour de la cornée transparente, on remarque une double auréole vasculaire siégeant, l'une dans la sclérotique, l'autre dans la conjonctive; la première, large de 3 à 4 millimètres, d'un rouge carmin, est formée de vaisseaux profonds, droits, fins, assez espacés, fixes, sans anastomose, et se dirigeant de la cornée vers la circonférence du globe oculaire; la seconde est composée de vaisseaux rouge foncé, superficiels, un peu flexueux et mobiles, ayant leur extrémité la plus fine tournée vers le grand pli conjonctival. Ces zones augmentent avec l'inflammation en rayonnant vers la périphérie de l'œil; mais lorsqu'elle devient intense, l'injection se porte aussi vers la cornée : on voit alors sa circonférence envahie, surtout en bas et en haut, par de nombreux petits vaisseaux droits, fins et rapprochés; du reste, aucune tendance au chémosis. Dans ces cas, la cornée ne tarde pas à se ternir et à présenter des plaques albumineuses ovalaires, blanches ou bleuâtres. Beer a signalé le premier un soulévement de la conjonctive cornéale rempli de sérosité, et qu'il a nommé *phlycténule*. Il y succède une ulcération superficielle qui guérit sans tache. M. Sichel pense que dans l'ophthalmie rhumatismale pure, la sérosité de la phlycténule est toujours transparente; le pannus, l'onyx et l'hypopyon se rencontrent rarement ici. L'iritis rhumatismale présente les mêmes symptômes que l'iritis simple : l'iris devient brun ou vert, selon qu'il était noir ou bleu; il se tuméfie, il perd de sa mobilité, il se contracte, et la pupille rétrécie présente ce phénomène remarquable d'être ovalaire verticalement. Cette forme,

qui a été donnée comme pathognomonique, n'est pas constante et se remarque quelquefois dans d'autres ophthalmies ; son champ est terne et comme enfumé, on y distingue des filaments de matière plastique. La douleur, constante dans cette ophthalmie, n'est pas moins caractéristique que l'injection : elle siége dans le globe de l'œil, dans la pommette, dans les dents, mais surtout au-dessus de l'orbite, dans la tempe et dans la joue, quelquefois elle occupe tout un côté de la tête; elle est tensive, lancinante; elle s'exaspère le soir, atteint son apogée à minuit, et cesse avec le lever du soleil; l'œil semble au malade sec et chaud. L'épiphora et la photophobie ont été donnés par M. Sichel comme constants et pathognomoniques de l'ophthalmie rhumatismale dont le siége est surtout la sclérotique : la photophobie nous a paru très-variable, tantôt elle a manqué, tantôt elle a été vive; la vue est toujours plus ou moins obscurcie, selon l'état de la cornée et de l'iris. Parfois nous avons remarqué un mouvement de rotation spasmodique du globe oculaire, avec douleur dans les mouvements volontaires. Le soir, tous les symptômes s'exaspèrent ; la réaction fébrile est variable, il y a surtout de l'insomnie, les rechutes sont fréquentes; en général, il existe un rhumatisme habituel dans quelque point du corps ou des membres; une variété se rencontre parfois sous forme de chémosis séreux autour de la cornée.

La *cause* est une température froide et humide comme celle qui produit les rhumatismes.

Diagnostic différentiel. — L'ophthalmie rhumatismale diffère des ophthalmies simples par son siége qui reste borné aux membranes fibreuses et séreuses; par la nature de sa douleur, par l'épiphora abondant et la photophobie; par sa marche aiguë et irrégulière, son invasion prompte, ses exacerbations et ses rechutes; par sa cause toute particulière, par ses produits qui sont plastiques et rarement purulents. Elle diffère de l'ophthalmie catarrhale par son siége et son injection, si différents dans ces deux maladies; par son épiphora et sa photophobie, par l'absence de sécrétion muqueuse, par le caractère

de la douleur enfin qui est lancinante et nocturne. La cause est la même, cependant Beer prétend que l'ophthalmie catarrhale est due à un air vicié, et l'autre à un air vif, froid et humide.

Traitement. — Les bonnes conditions hygiéniques, celles surtout qui sont relatives à l'atmosphère, sont ici d'une indispensable nécessité; quand on y a pourvu, les indications se tirent de l'élément inflammatoire et de l'élément rhumatismal. L'inflammation est combattue par les saignées générales et locales; nous pensons que pour les pratiquer il faut moins se guider sur l'état de l'œil que sur l'état du pouls et de la constitution du malade. L'émétique est un excellent succédané de la saignée chez les sujets faibles qui la supporteraient mal; après cela, un purgatif de calomel ou de jalap est indiqué. Le calomel et l'opium associés calment les douleurs et abattent l'inflammation. Mackenzie donne par jour une pilule de 10 centigrammes de calomel et de 3 centigrammes d'opium. Des frictions d'onguent napolitain et d'extrait de belladone autour de l'orbite agissent également bien; quant aux collyres et aux topiques, on les proscrit ici avec autant de soin qu'on les recommande dans l'ophthalmie catarrhale. On doit couvrir l'œil d'une simple compresse ou mieux d'une visière verte; après ces soins, qui doivent toujours être les premiers donnés, on arrive aux antirhumatismaux: à leur tête on trouve l'aconit, dont l'extrait se donne sous forme pilulaire à la dose de 2 à 5 centigrammes, et le bulbe de colchique dont la teinture se donne à la dose de 15 à 30 gouttes dans une potion. Comme antirhumatismal, on donne encore l'émétique à la dose de 3 à 6 décigrammes, la poudre de Dower à la dose de 5 décigr. à 1 gramme; les infusions chaudes de sureau, de bourrache, et tous les sudorifiques sont utiles; les révulsifs, tels que le vésicatoire, la pommade stibiée, ne doivent s'employer qu'à la période chronique: lorsqu'elle est venue, et que le malade est épuisé, Wardrop donnait le quinquina avec beaucoup de succès.

Ophthalmie catarrho-rhumatismale.

Combinaison des deux ophthalmies précédentes, elle en occupe le siége et présente leurs caractères réunis sous un aspect particulier.

Symptômes. — L'injection caractéristique de la sclérotique est en partie cachée par celle de la conjonctive. Des vaisseaux partant du grand pli se dirigent vers l'auréole rhumatismale avec laquelle ils s'anastomosent par une extrémité déliée; le plus souvent ils forment un réseau qui atteint la cornée et tend parfois au chémosis; la cornée se ternit, présente des épanchements albumineux ou une phlyctène remplie d'une sérosité trouble, et à laquelle succède une ulcération superficielle; on remarque quelquefois la synéchie antérieure, l'onyx, l'hypopyon; l'épiphora et la photophobie sont considérables, la vue toujours plus ou moins obscurcie; la douleur est profonde et nocturne; le matin elle est remplacée par un picotement et une sensation de gravier; à cette époque de la journée, les paupières sont légèrement collées. Le pouls est fréquent et la langue blanche; il y a insomnie.

La *cause* est la même que celle des ophthalmies catarrhale et rhumatismale; selon Beer, c'est un air froid, humide et vicié.

Diagnostic différentiel. — Cette ophthalmie est plus difficile à distinguer de l'ophthalmie simple que les deux précédentes; cependant, sa marche moins franche, le caractère particulier des douleurs, la photophobie et le larmoiement, la nature de la cause, etc., à défaut de caractères anatomiques bien tranchés, ne permettront pas de la confondre. La présence plus ou moins complète des éléments propres à chacune des ophthalmies catarrhale et rhumatismale suffira toujours pour reconnaître leur combinaison de leur état pur.

Traitement. — Il ne diffère pas des traitements des deux ophthal-

mies précédentes : il exige une habile et prudente combinaison de ces moyens. Au début, les saignées, puis les antirhumatismaux, avec des collyres légèrement astringents. C'est une maladie difficile à bien traiter, car les recrudescences sont fréquentes.

Ophthalmie scrofuleuse.

L'une des plus fréquentes et des mieux caractérisées, elle a pour siége la conjonctive, la cornée, la sclérotique et le bord libre des paupières.

Symptômes. — On voit partir d'une commissure un ou plusieurs vaisseaux, qui se rendent à la cornée directement ou après s'être divisés en quelques grosses branches. D'un rouge foncé, superficiels, saillants à la surface de la muqueuse, ils en suivent tous les mouvements. Un caractère très-remarquable, surtout à l'état aigu de la maladie, et qui donne à ces vaisseaux quelque chose de pathognomonique, c'est d'affecter dans leur marche de petites flexuosités régulières qui les font paraître comme *tremblés*. Ils s'avancent sans diminuer de volume jusqu'au bord de la cornée, et s'y terminent d'une manière brusque et comme s'ils avaient été hachés. Il en résulte un faisceau de vaisseaux triangulaire et dont la base appuie sur la cornée. Souvent chaque vaisseau a un satellite plus pâle qui rampe au-dessous de lui dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Les vaisseaux aboutissent sur la circonférence de la cornée à une ou plusieurs pustules ou papules remplies d'un liquide puriforme, et qui ne tardent pas à se changer en ulcérations. Le reste de la conjonctive présente un réseau vasculaire généralement faible. La sclérotique est le siége d'une injection pâle et bleuâtre, en forme de cercle autour de la cornée. Ce cercle est d'une teinte uniforme, sans stries bien marquées, ni apparence vasculaire, et comme formé par la stase du sang, d'où le nom de cercle *dyscrasique*, que M. Sichel lui a donné. La cornée échappe rarement; sa surface devient trouble et pointillée; on voit entre ses

lames des épanchements nacrés ou bleuâtres. Dans d'autres circonstances, la conjonctive cornéale est soulevée par un liquide trouble et forme une véritable phlyctène ou pustule d'un aspect jaunâtre et rarement cristallin. Celle-ci crève, et il en résulte un ulcère à fond grisâtre, entouré d'un lacis de très-petits vaisseaux rouges, qui communiquent avec ceux de la conjonctive dont nous avons parlé. L'ulcère se creuse, perfore la cornée, évacue l'humeur aqueuse, et produit le staphylôme de l'iris. A l'état chronique, on remarque parfois de très-petits vaisseaux rouge-cinabre, très-serrés, formant un pannus autour d'un épanchement albumineux; c'est ce que Mackenzie a nommé *tache vasculaire*. Enfin l'onyx et l'hypopyon ne sont pas rares. Souvent l'iris est affecté; il en résulte une altération de sa couleur, un gonflement de son tissu, et sa projection en avant; la pupille est contractée. Les paupières participent presque toujours à la maladie; leur bord libre est tuméfié et d'une teinte rouge sale. Les glandes de Meïbomius sont hypertrophiées et sécrètent des mucosités qui collent les paupières le matin. Les cils sont entourés de croûtes jaunâtres, qui recouvrent de petites ulcérations. Ils tombent d'eux-mêmes ou par le moindre tiraillement, et comme ils ne se reproduisent plus, le bord des paupières devient glabre au bout de quelque temps. Tous ces caractères anatomiques peuvent exister ensemble ou séparément. La photophobie a quelque chose de si particulier et de si constant, que certains auteurs ont décrit cette maladie sous le nom de *photophobie des enfants*. Elle n'est pas en rapport avec les signes anatomiques, car elle est souvent très-forte quand ceux-ci sont très-faibles. Elle s'accompagne d'un blépharospasme violent, qui donne à la physionomie du petit malade un caractère frappant et sûr pour le diagnostic. Si on cherche à ouvrir les paupières pour examiner l'œil, elles se contractent au point d'amener le renversement des cartilages tarses; l'œil convulsé se précipite sous la paupière supérieure, et un flot de larmes âcres et limpides inonde la fente palpébrale. L'action réitérée de ces larmes sur les parties voisines rougit la peau, et fait naître de petites ulcérations dans les plis de la commissure externe et des paupières.

Souvent l'introduction d'un rayon lumineux dans l'œil est suivi d'éternument. La douleur, qui n'existe généralement pas, se fait sentir parfois à l'arcade sus-orbitaire. La vision est toujours plus ou moins trouble, selon l'état de la cornée. Au coucher du soleil, il y a une rémission fort remarquable ; la photophobie diminue considérablement et la nuit se passe sans douleur. On remarque souvent, dans quelque point de l'économie, des signes d'affection scrofuleuse.

Cause. — C'est une cause excitante quelconque agissant sur un sujet lymphatique ou scrofuleux.

Diagnostic différentiel. — L'ophthalmie scrofuleuse se distingue de l'ophthalmie simple par l'injection de la conjonctive, par les phlyctènes et les ulcérations de la cornée, par les blépharites glandulaire et ciliaire, par la photophobie et le blépharospasme, par la constitution du sujet, par la tendance qu'elle a à devenir chronique ou à récidiver. Elle se distingue de l'ophthalmie catarrhale par le mode d'injection de la conjonctive, par les ulcérations de la cornée et du bord libre des paupières, qui n'existent pas dans l'ophthalmie catarrhale, par l'absence de la sécrétion puriforme, qui est si caractéristique de cette dernière; par la photophobie, signe vraiment pathognomonique de l'ophthalmie scrofuleuse; par l'épiphora abondant et les excoriations de la peau des paupières; enfin, par la rémission du soir opposée à l'exacerbation dont l'autre s'accompagne à ce moment. Elle diffère également de l'ophthalmie rhumatismale. Au premier abord cependant certaines ophthalmies scrofuleuses présentent avec celle-ci une ressemblance qui a porté M. Sichel a admettre une combinaison et à les décrire sous le nom d'ophthalmies *scrofulo-rhumatismales.* Cette analogie apparente vient de l'injection scléroticale, des altérations de la cornée, de la photophobie et du larmoiement. Cependant il n'en est rien. L'injection scléroticale est plus diffuse dans l'ophthalmie scrofuleuse et sans rapport avec la photophobie. Les vésicules de la cornée contiennent une sérosité limpide dans l'ophthalmie rhuma-

tismale, opaque dans l'autre. Les ulcères, dans la première, ont un fond transparent et sont isolés; dans la seconde, le fond en est grisâtre et ils sont entourés d'un léger nuage albumineux et d'un pannus qui les fait communiquer avec l'injection de la conjonctive. La photophobie a quelque chose de caractéristique dans l'ophthalmie scrofuleuse; elle s'accompagne toujours d'un violent blépharospasme. Le bord des paupières est sain dans l'ophthalmie rhumatismale; enfin, un signe qui a pour nous une grande valeur et qui doit éloigner toute idée de rhumatisme, c'est l'absence de douleur dans l'orbite ou dans un point correspondant de la tête.

Traitement. — Il a été l'objet de la sollicitude d'un grand nombre de praticiens qui, se fondant tantôt sur la théorie, tantôt sur l'expérimentation, l'ont formulé chacun d'une manière différente. Nous nous bornerons à parler des indications qui ont reçu l'assentiment général, exposant tour à tour celles qui se tirent de l'élément inflammatoire, de quelques symptômes prédominants, enfin de l'élément scrofuleux. L'élément inflammatoire est peu de chose dans l'ophthalmie scrofuleuse. Nous pensons avec Beer, Weller, Scarpa, Mackenzie, S. Cooper, qu'on doit être extrêmement modéré dans l'emploi des saignées générales et locales; qu'on doit se borner à quelques sangsues au début de la maladie, chez les sujets d'un tempérament lymphatique irritable, et s'en abstenir totalement chez les sujets d'un tempérament lymphatique torpide. Les purgatifs sont infiniment préférables et ont obtenu l'assentiment de tous les ophthalmologistes. Quelle que soit leur manière d'agir, comme évacuant de la lymphe, comme révulsif ou comme entretenant la liberté du ventre, l'expérience a constaté qu'ils sont très-efficaces. Le calomel est celui qu'on préfère; on le donne en pilules à la dose de 10 à 30 centigrammes uni à 60 centigrammes de rhubarbe, pour les enfants, ou à 5 centigrammes de résine de jalap, pour les adultes. Les émétiques, que Mackenzie place avant les purgatifs, sont également très-avantageux. Ce chirurgien donne le tartre sti-

bié à la dose de 5 milligrammes à 1 centigramme mêlé à du sucre en poudre, trois fois par jour; il provoque ainsi un état de nausée, de faiblesse et de transpiration qui combat avec succès la phlogose. Les révulsifs, tels que pédiluves sinapisés, vésicatoires, sétons, sont ici plus avantageux que dans toute autre ophthalmie. En même temps on doit s'occuper de l'état de l'œil, qu'on couvrira d'un simple garde-vue vert, comme M. Velpeau le recommande expressément, l'application d'une compresse ne faisant qu'entretenir la photophobie, ainsi que je m'en suis bien souvent convaincu. Il convient d'employer au début un collyre émollient et anodin, tel que la décoction de ciguë, de belladone et de jusquiame. Ensuite Scarpa donnait un collyre astringent opiacé. Sur la fin, le collyre au nitrate d'argent est parfaitement indiqué. Le blépharospasme et la photophobie se combattent avantageusement par la pommade mercurielle belladonisée en friction autour de l'orbite ou par le collyre suivant : borax, 30 centigrammes; eau distillée de laurier-cerise, 30 grammes. S'il existe une pustule sur la conjonctive, Weller administre le collyre suivant, qui en provoque l'ouverture et la cicatrisation : sublimé, 3 centigrammes; eau de rose, 125 grammes; laud. de Syd., 2 grammes; mucilage de gomme arabique, 12 grammes. Il l'emploie tiède quatre ou cinq fois par jour. Les pustules et ulcérations de la cornée seront touchées légèrement avec le laudanum de Sydenham, dont on imbibera un pinceau, ou mieux avec un crayon de nitrate d'argent. Les petites ulcérations du bord libre des paupières seront enduites d'une pommade faite avec le précipité rouge ou blanc. Le staphylôme de l'iris sera traité par la cautérisation avec la pierre infernale et la compression par le procédé de M. Pétrequin. L'onyx et l'hypopyon seront respectés; on cherchera à en provoquer l'absorption par le calomel à l'intérieur. Ce n'est qu'après avoir dissipé ou diminué la phlogose locale, qu'il faut s'occuper de la constitution et avoir recours aux médicaments dits scrofuleux. A leur tête se place l'hydrochlorate de baryte, que plusieurs praticiens ont regardé comme un spécifique des maladies scrofuleuses et en particulier de celle des yeux. Le docteur Borsée le donne à l'in-

térieur sans traitement local (*Bullet. génér. de thérap. médic. et chirurg.*, t. 29, p. 576), à la dose de 5 centigrammes dans 80 grammes d'eau et 30 grammes de sirop. Il augmente chaque jour de 5 centigrammes jusqu'à concurrence de 20 centigrammes. S'il survient des vomissements ou de la diarrhée, il ajoute de l'opium. Les pilules de Plummer, composées de calomélas et de soufre doré d'antimoine, de chaque 3 centigrammes, avec s. q. de résine de gayac, se donnent à la dose de 1 à 4 par jour. L'iodure de potassium est administré en solution dans une potion gommeuse. Les toniques, le quinquina, le sulfate de quinine, les amers, le fer, contribuent puissamment à la guérison, dans la période chronique, et chez les sujets épuisés. Le docteur Serre (d'Alais), traite les vieilles ophthalmies scrofuleuses rebelles avec l'huile de Cade ou de genévrier, en frictions suivies de bains de sublimé.

L'hygiène et le régime dont je parle en dernier lieu mériteraient plutôt, par leur importance, d'occuper la tête du chapitre. Tout ce que nous avons dit dans les généralités sur l'hygiène doit être ici observé avec soin. Le régime, d'abord composé de végétaux et de viandes blanches, ne tardera pas à être remplacé par les viandes grillées et rôties; la bière ou la tisane de houblon conviendra à presque tous les malades, et principalement à ceux dont la constitution est torpide. Ces malades se trouveront également bien du vin et du café dans la dernière période de l'ophthalmie.

Ophthalmie catarrho-scrofuleuse.

Cette ophthalmie qu'on nomme *scrofulo-catarrhale*, selon qu'il y a prédominance de l'un ou de l'autre des états primitifs, a le même siége que celles dont elle n'est que la combinaison.

Symptômes.—Chez un sujet scrofuleux, l'injection de la conjonctive se prolonge et forme un pannus sur la cornée, au centre de laquelle les vaisseaux convergent comme les rayons d'une roue; quelquefois ils parcourent sa surface irrégulièrement. Celle-ci est terne, grisâtre et a

des taches de lymphe plastique. La muqueuse palpébrale, surtout la supérieure, est le siége de granulations. La photophobie est peu vive ainsi que le larmoiement. La sécrétion puriforme se concrète en petites parcelles sur les bords des paupières et les colle le matin. A cette époque, les yeux sont le siége d'un prurit et d'une sensation de gravier. L'autre forme dans laquelle dominent les symptômes de l'ophthalmie scrofuleuse, se caractérise par un faisceau de vaisseaux aboutissant à une papule jaunâtre, peu saillante, placée sur la conjonctive à une petite distance de la cornée. La papule guérit généralement sans ulcérations et en peu de jours. On remarque d'autres vaisseaux plus fins, discrets, formant avec les premiers un réseau à mailles irrégulières et s'accompagnant d'une sécrétion puriforme et d'une sensation de gravier. La photophobie et le larmoiement sont peu prononcés.

La *cause* est un courant d'air froid sur l'œil d'un sujet lymphatique ou scrofuleux.

Le *traitement* n'est qu'une combinaison de celui de l'ophthalmie catarrhale et celui de l'ophthalmie scrofuleuse. Du reste, il est efficace en peu de jours, excepté quand il y a des granulations sur la conjonctive palpébrale.

Ophthalmie syphilitique.

Elle a pour *siége* exclusif, au début, l'iris; elle peut s'étendre ensuite aux autres membranes de l'œil.

Symptômes. — Outre les symptômes propres aux diverses espèces d'iris, tels que le changement de coloration, la lenteur des mouvements, la coloration de la pupille, etc., elle en a qui n'appartiennent qu'à elle seule. C'est d'abord une coloration particulière de sa surface, surtout près de la petite circonférence, une teinte cuivrée qui rappelle celle des syphilides. Beer a donné comme signe caractéristique un déplacement en haut et en dedans de la pupille ; nous avons, en effet, remarqué cette forme obliquement ovalaire, mais elle ne nous a paru

ni constante, ni propre à l'iritis syphilitique. Souvent le bord pupillaire est échancré, ce qu'on attribue à une adhérence avec la capsule cristalline. Nous avons observé un cas où l'échancrure ressemblait parfaitement à une feuille de trèfle. De la surface antérieure de l'iris et surtout du bord pupillaire, s'élèvent de petites tumeurs roussâtres bien circonscrites, bosselées, que Beer a nommées *condylômes*, et qui sont caractéristiques de la maladie. Le tissu de l'iris est tomenteux; sa surface veloutée, saillante, le bord pupillaire rétracté. Le champ de cette ouverture est comme enfumé et présente des filaments de matière plastique. On remarque une zone d'injection profonde autour de la cornée et quelques vaisseaux dans la conjonctive. Il y a de la photophobie et du larmoiement; la vision est altérée, et une douleur profonde, orbitaire, se fait sentir la nuit. La maladie négligée amène l'oblitération de la pupille, la désorganisation de tout l'œil et son atrophie. Le sujet présente ordinairement des syphilides, des ulcères à la gorge ou des douleurs ostéocopes.

Causes. — Cette ophthalmie naît spontanément chez des individus atteints de syphilis constitutionnelle; le plus souvent il y a une cause occasionnelle.

Diagnostic. — L'iritis syphilitique se distingue de l'iritis inflammatoire simple par sa marche lente et insidieuse, par la teinte cuivrée de l'iris, la forme de la pupille, les condylômes, par sa cause spécifique et par les désorganisations qui la terminent. Elle se distingue par les mêmes caractères de l'iritis rhumatismale qui affecte plutôt la séreuse que le parenchyme, qui a une invasion soudaine, qui s'use d'elle-même, et n'amène jamais la destruction de l'organe, quel que soit d'ailleurs le traitement. Elle ne sera pas non plus confondue avec l'iritis scrofuleuse qui ne paraît que chez les enfants, qui ne reste pas bornée à cette seule membrane, qui s'accompagne de synéchie antérieure, tandis que l'iritis syphilitique n'atteint que les adultes, amène des synéchies posté-

rieures et la désorganisation de l'œil, indépendamment des caractères spéciaux dont nous avons parlé.

Traitement. — Les antiphlogistiques et les antisyphilitiques sont également indispensables. La saignée agit comme révulsive, et facilite l'action du mercure. On calme en même temps les douleurs avec l'opium en friction, en julep ou en lavement. Dès qu'on a enrayé l'inflammation, on donne les mercuriaux soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. M. Velpeau emploie le proto-iodure de mercure en pilules à la dose de 2, 3, 4 et 5 centig., pendant six semaines; en même temps, il fait faire des frictions d'onguent napolitain sur les tempes, le front ou les cuisses. Les collyres ne sont pas indispensables; cependant M. Velpeau s'est très-bien trouvé d'un collyre fait avec 5 centig. de sublimé sur 30 gr. d'eau distillée. La belladone dans l'œil est toujours très-utile, surtout pour prévenir les adhérences. Mackenzie donne des pilules de 1 décig. de calomel et 3 centig. d'opium, jusqu'à ce qu'il ait provoqué une salivation abondante; M. Carron du Villards, au contraire, pour l'éviter, fait prendre un bain de vapeurs humides, suivi de fumigations avec le cinabre. Carmichaël a employé avec succès la térébenthine, à laquelle il a reconnu les mêmes propriétés qu'au mercure. L'iodure de potassium a obtenu ici des succès comme dans les autres symptômes de syphilis constitutionnelle. Le traitement de M. Velpeau nous semble le plus simple, le plus sûr et sans inconvénient.

Ophthalmie arthritique.

Cette maladie occupe toutes les membranes et milieux de l'œil; la rétine et l'iris en sont peut-être les premiers affectés.

Symptômes. — Ils consistent en une dilatation variqueuse considérable des vaisseaux de la conjonctive, qui prennent une teinte bleue violacée; et forment de grandes anses anastomotiques. La sclérotique a perdu sa blancheur, devient gris-violet, sale, et forme une zone autour

de la cornée. Entre cette zone et cette membrane, on remarque un cercle gris qu'on nomme *arthritique* et qui est considéré comme pathognomonique de la maladie. L'iris est aminci et présente des espaces de couleur nacrée dépourvus de pigment. Il est contracté ou dilaté, selon qu'il existe en même temps une rétinite ou une amaurose. Dans ce dernier cas, qui est le plus fréquent, la pupille a une forme caractéristique ; elle est ovalaire transversalement. A travers la sclérotique amincie, la choroïde forme des nodosités bleuâtres; le corps vitré présente la couleur verte du glaucôme; le cristallin d'un vert de mer est hypertrophié et s'avance dans la chambre antérieure où il enflamme parfois la cornée, l'ulcère, la perfore, et est expulsé avec une partie des humeurs de l'œil. Il y a de la photophobie, excepté dans les cas d'amaurose; un épiphora abondant exige de fréquents mouvements des paupières, ce qui produit entre leurs bords une matière blanche mousseuse. La douleur s'annonce au début par un léger fourmillement, mais ensuite elle vient par accès d'une violence atroce, s'exaspérant la nuit; la vision s'affaiblit peu à peu et finit par se perdre entièrement.

Causes. — La diathèse qui prédispose à cette ophthalmie est inconnue. La coïncidence de la goutte avec elle est une chose rare. Les Allemands la regardent comme liée à un état de pléthore abdominale, et à des désordres du côté du tube digestif.

Traitement. — Il consiste à combattre l'inflammation, non par des saignées, mais par des révulsifs sur le tube digestif et par les mercuriaux ; ensuite à calmer les douleurs par les opiacés ; enfin à prévenir les récidives par une hygiène convenable.

TROISIÈME GROUPE.

Ophthalmie des nouveau-nés.

Le *siége* de cette ophthalmie est d'abord dans la conjonctive palpébrale, d'où il s'étend à la conjonctive oculaire et à la cornée.

Symptômes. — On remarque, du troisième au quinzième jour de la naissance, une rougeur et un gonflement des paupières, accompagnés d'une démangeaison qui force le petit malade à y porter ses mains. Ces voiles sont constamment fermés à cause de la tuméfaction et de la photophobie. Bientôt on aperçoit entre leurs bords et surtout au grand angle une matière blanche et floconneuse. Si on cherche à les ouvrir, il s'en échappe sur les joues un pus jaunâtre et abondant, signe pathognomonique de la maladie; la muqueuse palpébrale est d'un rouge vif et uniforme; cet examen arrache des cris à l'enfant. Au milieu de ces symptômes, en apparence formidables, le globe oculaire peut rester intact; mais si on néglige d'examiner les yeux et de les nettoyer convenablement, le pus qui séjourne dans la conjonctive oculo-palpébrale l'enflamme entièrement, et lorsque cet état a duré huit ou dix jours, les cornées s'infiltrent de pus, s'ulcèrent, se perforent, et il en résulte parfois une évacuation des humeurs et la perte de la vue.

Causes. — Il n'est pas nécessaire d'invoquer un virus pour expliquer la production de cette maladie. Cependant les circonstances où elle a lieu ne l'excluent pas. C'est en effet une leucorrhée, une blennorrhagie, dont la mère serait atteinte au moment de l'accouchement, un brusque changement de température et l'encombrement qui en sont les causes ordinaires. Ces dernières la font régner épidémiquement; quelques faits tendent à prouver qu'elle est contagieuse.

Diagnostic. — Le signe pathognomonique, la sécrétion abondante du pus ne la laissera confondre avec aucune des ophthalmies précédemment étudiées. L'ophthalmie catarrhale, qui s'en rapproche le plus, s'en distingue par l'âge du sujet, par son caractère non contagieux, par sa marche beaucoup moins rapide et moins dangereuse, par la sécrétion moindre du pus, etc.

Traitement. — De simples lotions d'eau fraîche ou de lait, ou un léger collyre au nitrate d'argent, suffisent au début. Si la sécrétion

purulente est établie, l'indication principale est de prodiguer les soins de propreté : il faut enlever le pus huit à dix fois par jour et plusieurs fois la nuit avec une fine éponge ou la seringue d'Anel. On administre un purgatif tel que 10 à 15 grammes de sirop de chicorée composé, ou une solution de 15 à 30 grammes de manne. En même temps on prescrit un collyre astringent; Mackenzie employait le suivant : sublimé, 5 centigr.; hydrochlorate d'ammoniaque, 30 centigr.; eau distillée, 250 gr.; M. Velpeau préfère le collyre de nitrate d'argent. Selon la gravité de la maladie, on n'a pas craint de le porter à une dose qui le rend pour ainsi dire escharotique : 8 gr. sur 30 d'eau distillée de roses.

Ophthalmie blennorrhagique.

Cette ophthalmie débute dans la conjonctive oculaire et se propage de là aux paupières, à la cornée, etc.

Symptômes. — C'est avec une rapidité souvent prodigieuse qu'ils se manifestent. La conjonctive prend la teinte du cinabre et même de la lie de vin; sa surface est veloutée, granuleuse; son tissu est gorgé de sang; il se forme en peu d'heures un chémosis intense, turgide. Les paupières considérablement tuméfiées sont brûlantes, d'un rouge brun, sillonnées de grosses veines variqueuses perpendiculaires à leur bord libre; elles sont infiltrées d'une sérosité rousse; leur muqueuse est sarcomateuse et grenue; la supérieure est imbriquée sur l'inférieure; quelquefois un chémosis énorme, recouvrant la cornée en grande partie, les écarte et donne à l'œil un aspect horrible. Dès les premières atteintes du mal, une sécrétion purulente très-abondante s'établit, caractère essentiel; le pus, semblable au pus gonorrhéique, coule en nappe sur la joue, chaque fois qu'on entr'ouvre les paupières. Il y a généralement peu de photophobie et de larmoiement; les douleurs parfois très-vives manquent complétement dans d'autres cas; la vision est encore peu troublée. Quelque grave que paraisse cet état, il ne

serait pas funeste, s'il pouvait se borner là; mais bientôt l'inflammation se propage à la cornée; dans aucune ophthalmie cette membrane ne court plus de danger. En effet, la suppuration l'infiltre, l'ulcère la perfore en peu d'instants, et l'évacuation des humeurs avertit que la cécité est incurable. Dans des cas plus heureux, les milieux de l'œil sont conservés; la vision reste, mais gênée par des cicatrices et des adhérences. La réaction fébrile est quelquefois si faible que le malade s'aperçoit à peine de son mal.

Causes. — Le caractère virulent de cette maladie est incontestable. Le pus blennorrhagique transporté sur l'œil directement ou par métastase en est la cause exclusive. D'après les expériences du docteur Vetch, il ne s'inoculerait sur une autre muqueuse que chez des personnes différentes. Mackenzie cite un fait qui prouve péremptoirement le contraire. La métastase est fondée également sur l'observation des faits; quant à la considérer comme un symptôme secondaire de la syphilis, c'est une opinion qui a peu de partisans.

Diagnostic. — L'ophthalmie blennorrhagique est tellement bien caractérisée qu'on ne saurait la confondre avec aucune des précédentes. En effet, le chémosis considérable de quelques ophthalmies simples ne ressemble pas à celui de l'ophthalmie blennorrhagique, car il ne sécrète pas de pus comme ce dernier et n'a pas de granulations. Certaines ophthalmies catarrhales, remarquables par leur sécrétion, n'ont avec elle qu'une analogie apparente. Le chémosis de l'ophthalmie blennorrhagique est inflammatoire, turgide; celui de l'ophthalmie catarrhale se rapproche du chémosis séreux, il est pâle et mou. Dans la première, le pus est plus abondant, contagieux, la marche est plus rapide, l'intensité plus grande, la cornée court plus de danger. Enfin, la nature particulière de la cause, jointe aux différentes circonstances de leur histoire, établira toujours avec certitude le diagnostic. Quant à l'ophthalmie des nouveau-nés, elle se distingue de l'ophthalmie blennorhagique par l'âge du sujet, par son siége débutant sur les

paupières, et ne se propageant que consécutivement au globe de l'œil, etc.

Traitement. — Le succès dépend de la promptitude et de l'énergie du traitement. Lorsque le malade est assez intelligent ou assez heureux pour consulter le médecin au début, il a des chances de conserver la vue; mais alors celui ci ne doit pas craindre de prodiguer les saignées coup sur coup, à la méthode de M. Bouillaud, et de les prolonger même jusqu'à la syncope. Il les fera suivre de l'administration d'un purgatif drastique. Selon M. Velpeau, les saignées locales, sangsues, scarifications, excision à la méthode de Sanson, ne sauraient remplacer les premières. Il s'est bien trouvé cependant de l'application d'une sangsue sur la conjonctive même. Lorsque la suppuration est établie, les révulsifs, les pédiluves, les vésicatoires, sont indiqués; en même temps on donne des collyres astringents, principalement celui de nitrate d'argent. Une indication qui peut être importante à remplir, dans le cas où la maladie est métastatique, c'est de rappeler l'écoulement gonorrhéique au moyen d'une bougie imprégnée de pus qu'on introduit dans l'urèthre. Il faudrait du reste employer concurremment les autres moyens, parce que celui-là n'agit pas assez vite. Dans la période chronique de l'ophthalmie, on instillera dans l'œil quelques gouttes de laudanum; on touchera les ulcères avec la pierre infernale; on emploiera sur la fin les pommades au nitrate d'argent et au précipité rouge; on excisera les granulations rebelles.

Ophthalmie d'Égypte.

Elle siége également sur la conjonctive oculaire et sur la conjonctive palpébrale; elle se propage ensuite à la cornée, etc.

Symptômes. — C'est à peu près les mêmes que ceux de l'ophthalmie blennorrhagique. C'est la même intensité, la même rapidité. Un chémosis énorme, un gonflement extrême des paupières; toute la

conjonctive devenue sarcomateuse et baignée dans des flots de pus, tel est le tableau effrayant qu'en donnent les auteurs. Cet état dure pendant douze à quinze jours, puis diminue, mais souvent la cornée envahie, ulcérée se perfore et amène la fonte purulente de l'organe. La douleur est atroce, arrache des cris aux malades; la fièvre s'allume et s'accompagne quelquefois de délire. Les granulations ne paraissent que sur la fin de la maladie et l'entretiennent.

Causes. — Cette ophthalmie se produit également par infection et par contagion. Une constitution atmosphérique particulière la fait naître chez des individus prédisposés par l'encombrement, par la misère, la malpropreté. En Égypte, où elle est endémique, elle a pour cause, outre celles que nous venons de lui assigner, le froid de la nuit alternant avec la chaleur du jour. Quand l'épidémie s'est constituée de cette manière, la maladie se propage par le contact du pus virulent, comme on l'a constaté souvent en Belgique et en Angleterre.

Diagnostic. — Le caractère épidémique de cette maladie, son intensité, la rapidité de sa marche, l'abondance et la nature de la sécrétion ne permettront pas de la confondre avec l'ophthalmie catarrhale. Elle ne se distingue pas moins de l'ophthalmie blennorrhagique. En effet, l'ophthalmie d'Égypte est épidémique, la blennorrhagique ne l'est pas; la première attaque constamment les deux yeux, selon la remarque de Vetch; la seconde est presque toujours bornée à un seul œil. L'une affecte de siéger également sur le globe oculaire et sur les paupières; l'autre a son siége principal sur l'œil lui-même. Aussi, dans l'ophthalmie blennorrhagique, la surface externe des paupières est moins rouge et moins tuméfiée, tandis qu'il y a plus de danger pour la cornée.

Traitement. — Il est le même que celui de l'ophthalmie blennorrhagique. Selon M. Vetch, les saignées abondantes sont l'ancre de salut. Il faut en même temps administrer les collyres astringents.

M. Piorry s'est bien trouvé de la compression. La maladie est rebelle et récidive facilement; on ne doit la considérer comme terminée que lorsqu'on a détruit la dernière granulation.

OBSERVATIONS.

Observation I. *Ophthalmie simple externe.* — F. Gognet, âgé de quarante-quatre ans, mineur, d'une bonne constitution, mettant le feu à une mine, reçoit la déflagration de la poudre en plein visage. Il est apporté le même jour 12 septembre 1846, à l'hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Pétrequin. La face est tuméfiée, noire et criblée de grains de poudre; la tuméfaction des paupières est si grande, qu'on ne peut les entr'ouvrir que très-légèrement; du reste, le malade distingue bien à travers la fente palpébrale et ne sent aucune douleur. Ce n'est que le 26 qu'on peut examiner les yeux. La conjonctive de gauche présente un réseau assez lâche de vaisseaux peu nombreux, d'un rouge vermillon, superficiels, mobiles, qui deviennent plus droits et plus fins à mesure qu'ils s'approchent de la cornée. Ils se terminent assez brusquement à 1 demi-millimètre de cette membrane, de manière à former un petit cercle blanc autour d'elle, au niveau de la portion de sclérotique qui recouvre sa circonférence. Sur cette circonférence, on remarque en bas une petite plaie très-superficielle, autour de laquelle la rougeur est plus prononcée et qui paraît due au choc d'un grain de poudre. L'iris est contracté, la sclérotique est blanche partout. La vision est peu troublée, il n'y a que peu de photophobie et de larmoiement; le malade n'éprouve d'autre douleur qu'une sensation de grains de sable sous la paupière supérieure. L'œil droit est très légèrement rouge. Apyrexie, appétit. (On bassine l'œil avec un collyre d'eau de mauve et de pavot.) Le 2 octobre, l'inflammation augmente, la rougeur de l'œil gauche devient plus vive, le petit cercle blanc n'existe plus qu'en haut; douleur sous la paupière supérieure; pho-

tophobie et larmoiement prononcés, vue trouble. (Vésicatoire à la nuque.) Le 7, injection vive et presque uniforme de la conjonctive et de la sclérotique, surtout autour de la cornée; perforation de cette dernière à l'endroit de la petit plaie, et staphylôme de l'iris; l'iris est d'un rouge brun. Douleur circumorbitaire, surtout en dedans; larmoiement et photophobie considérables, exaspération le soir et la nuit, fièvre modérée; appétit. (Attouchement de la hernie de l'iris avec le crayon de nitrate d'argent; collyre au nitrate d'argent, 10 centigrammes sur 30 grammes d'eau; potion purgative.) Le 11 octobre, même état. M. Pétrequin, après avoir touché le staphylôme avec la pierre infernale, recouvre l'œil de l'appareil décrit précédemment. De cette époque, au 5 novembre, il renouvelle sept fois l'appareil, touche le staphylôme et constate chaque fois un nouveau pas vers la guérison. Le 8 novembre, sorti parfaitement guéri, après un séjour d'un peu plus de deux mois. La vision est excellente des deux côtés.

Réflexion. — Cette observation est intéressante à plus d'un titre: on a pu suivre les progrès successifs de l'inflammation; celle-ci d'abord légère a pris ensuite de l'intensité au point de menacer l'œil d'une entière invasion; peu grave en apparence, elle a mis l'œil en grand danger, ce qui confirme ce que nous avons dit de la gravité des ophthalmies traumatiques. Enfin, l'appareil de M. Pétrequin, aidé de la cautérisation, a obtenu ici un plein succès, lorsqu'on commençait à désespérer de sauver l'organe.

OBS. II. *Ophthalmie catarrhale.* — F. Choir, âgé de huit ans, d'un tempérament lymphatique, tousse depuis une huitaine de jours. Depuis cinq jours, par un temps froid et humide, il est pris d'ophthalmie à gauche, et il entre dans le service de M. Colrat, chirurgien-major à la Charité de Lyon, le 16 octobre 1846. Rougeur de brique presque uniforme de la conjonctive; vaisseaux se rendant par une extrémité fine auprès de la cornée, sans y atteindre; tuméfaction et relâchement de la muqueuse simulant un commencement de chémosis; mucosités blanchâtres, se concrétant sur les bords des paupières autour des

cils ; cornée et iris sains. Point de photophobie, peu de larmoiement, aucune douleur, sinon une sensation de gravier sous les paupières; vision à peine altérée. Le soir, tous les symptômes augmentent, et il existe un véritable chémosis, mais mou, pâle et s'effaçant presque d'un côté, quand l'œil se tourne de l'autre. Le lendemain matin, paupières collées par de petites croûtes jaunâtres, et rémission évidente. (45 grammes d'huile de ricin; vésicatoire camphré au bras; coton aux pieds.) Le 23, la diminution progressive de l'inflammation permet d'en mieux constater les caractères anatomiques. On voit partir du pli oculo-palpébral des vaisseaux d'un rouge-cinabre, assez fins, superficiels, mobiles, se terminant à 1 ou 2 millimètres de la cornée par une pointe très-fine. Il en résulte autour de la cornée une zone blanche bien formée surtout en bas. Ils sont droits, comme rayonnés, distants l'un de l'autre de 1 millimètre, et communiquent par de très-petites branches qui se détachent latéralement du tronc. La teinte générale de la conjonctive est d'un rouge jaunâtre. Le 3 novembre, l'enfant sort entièrement guéri.

C'est un exemple remarquable d'ophthalmie catarrhale pure bien caractérisée, et de guérison sans traitement local et pour ainsi dire par l'hygiène.

Obs. III. *Ophthalmie catarrhale chronique.* — Latreille, âgé de cinquante-deux ans, cultivateur, d'un tempérament sanguin, sujet aux coryzas, avait depuis dix ou douze jours les yeux rouges et collés le matin, lorsque, après avoir battu le blé et couché à l'air, le corps en sueur, il est contraint d'entrer à l'Hôtel-Dieu pour une ophthalmie double, dans le service de M. Pétrequin, le 10 août 1846. Rougeur cinabre, veloutée, des conjonctives oculo-palpébrales, relâchement et épaississement des membranes. Leur sécrétion abondante et celle des glandes de Meïbomius collent les paupières le matin ; les cils sont réunis en paquets et entourés de petites croûtes jaunâtres sans ulcération à la base. Sensation continuelle de gravier ; ni larmoiement, ni photo-

phobie; vue un peu trouble; cornée et iris sains; pupilles un peu contractées. (Péd. sinap.; quatre vésicatoires volants sont successivement promenés sur la nuque, en haut du dos, sur l'épaule droite, puis la gauche; collyre au nitrate d'argent, 5 centigrammes sur 30 grammes d'eau.) Le 28 août, injection moins vive; zone blanche autour des cornées. Sur le pli oculo-palpébral des deux côtés, granulations confluentes, petites et molles; sur le bord de la paupière inférieure de l'œil droit, près de la commissure externe, deux granulations bien isolées, dont une, de la grosseur d'un grain de millet, est transparente, blanchâtre, dure et comme élastique; mucosités toujours abondantes; les yeux sont fatigués le soir. (Attouchement de la muqueuse avec une pierre d'alun; collyre au nitrate d'argent; on entretient un vésicatoire à la nuque.) Le 15 septembre, moins d'injection. (Crayon de nitrate d'argent; collyre au nitrate d'argent, 4 décigrammes sur 40 grammes d'eau; une goutte dans l'œil trois fois par jour au moyen d'un pinceau.) Le 1er octobre, rougeur brique sale moins étendue, granulations moindres. Même collyre jusqu'au 8 novembre, où les granulations et les mucosités étant les mêmes, on touche les yeux avec la pierre de sulfate de cuivre et le collyre au nitrate d'argent, 1 gramme sur 40 d'eau. Le 28 novembre, sorti parfaitement guéri. Cette ophthalmie s'est dessinée d'une manière trop nette pour qu'on la confonde avec aucune autre. La ténacité qu'elle a mise à résister à un traitement énergique s'explique par la présence des granulations. Si celles-ci reparaissaient plus tard, il faudrait les exciser.

Observ. IV. *Ophthalmie catarrho-rhumatismale.* — Frère V..., âgé de trente-sept ans, tempérament sanguin nerveux, entre à l'infirmerie de la Charité de Lyon, service de M. Colrat, pour des étourdissements. Il a des douleurs rhumatismales qui se portent alternativement dans le genou droit, les épaules, les reins. Dans la salle froide et humide où il est placé, il se sent une nuit piquer à l'œil gauche, et le lendemain, cet œil est injecté. Examiné quelques jours après, le 2 octobre 1846, il présente l'état suivant : double couronne vasculaire

autour de la cornée de l'œil gauche : l'une, superficielle, rouge-cinabre, est composée de vaisseaux rayonnés dont la grosse extrémité appuie sur la circonférence cornéale, et la petite, tournée vers la périphérie, s'anastomose avec les vaisseaux dont la conjonctive est parsemée ; l'autre, profonde, de couleur carmin pâle, est composée de vaisseaux droits peu flexueux et longs de 3 à 4 millimètres. La cornée est légèrement ternie. L'iris, composé de deux zones, a changé de couleur ; la zone externe bleue est devenue verte, l'interne grise est devenue brune; cette membrane est tuméfiée et moins mobile. La pupille est contractée et présente parfaitement la forme ovalaire de haut en bas. Les paupières sont gonflées, leur muqueuse est d'un rouge-cinabre uniforme; les glandes de Meïbomius donnent un peu de chassie. Larmoiement abondant, photophobie modérée; sensation de grains de sable le matin; douleur orbitaire profonde vers cinq heures du soir, augmentant jusqu'à minuit et se terminant à une heure du matin; vision un peu troublée; pouls assez fort et vite. (12 sangsues à la tempe; pédiluves sinapisés; coton aux pieds; collyre avec l'eau de mauve et de pavot.) Le 8 octobre, même état; on le place dans une salle mieux aérée et mieux chauffée. (Potion purgative, vésicatoire au bras.) Le 15, les symptômes catarrhaux ont disparu; il n'y a plus qu'une ophthalmie rhumatismale pure, caractérisée par l'injection scléroticale, par une petite tache ovalaire, nacrée, isolée, qui s'est formée récemment près du centre de la cornée, par la coloration verte et brune de l'iris, la forme ovalaire de la pupille, la douleur nocturne, etc. La photophobie et le larmoiement n'existent que pendant l'exacerbation du soir. (Deux pilules de calomel et de belladone.) Le 1er novembre, l'œil va très-bien, mais le malade est pris de dysenterie. (Décoction blanche de Syd.) Le 16, sorti guéri. L'iris a cependant conservé un peu sa coloration verte et la forme ovalaire de sa pupille. Cette observation a présenté successivement le type de l'ophthalmie catarrho-rhumatismale et le type de l'ophthalmie rhumatismale pure. Le traitement, malgré l'intensité de la maladie, a consisté dans les soins hygiéniques plus encore que dans l'administration des médicaments.

Observ. V. *Ophthalmie scrofuleuse.* — A. Devigne, âgé de treize ans, d'un tempérament lymphatique, atteint depuis trois mois d'ophthalmie à gauche, entre dans le service de M. Pétrequin le 12 septembre 1846. La conjonctive est couverte d'un réseau de vaisseaux rouge-cinabre. L'injection est plus vive, plus profonde et plus uniforme autour de la cornée. De l'angle interne part un gros vaisseau qui se divise presque immédiatement en deux branches égales et volumineuses. Celles-ci, très-superficielles, d'un rouge brun, mobiles, d'un aspect flexueux et *tremblé,* se rendent au bord de la cornée où elles se terminent brusquement, comme par un coup de hache et sans diminuer de calibre. Elles circonscrivent ainsi un triangle dont la base appuie sur la cornée. Au-dessous on remarque deux autres vaisseaux satellites plus pâles. Ce faisceau vasculaire communique au moyen de très-petits vaisseaux rouges avec un ulcère en godet à fond légèrement grisâtre, placé sur la cornée à 2 millimètres de la circonférence. La cornée est un peu ternie; l'iris est tuméfié, saillant, moins mobile, un peu verdâtre, la pupille contractée et portée en avant. Le bord des paupières est d'un rouge sale et tuméfié; elles sont collées le matin; petite excoriation dans les plis de la commissure externe; photophobie et blépharospasme très-intenses; le petit malade reste enfoui dans son oreiller; épiphora abondant; douleur sus-orbitaire peu vive; vision trouble; rémission le soir. (Pédiluves sinapisés; 1 pilule de belladone, 1 pilule de Plummer; extrait aqueux de belladone dans l'œil; tisane de houblon et de saponaire.) Le 17 septembre, le mieux est sensible, excepté pour l'ulcère qui ne change pas. (Vésicatoire à la nuque.) Le 23, perforation de la cornée; procidence de l'iris; photophobie et larmoiement très-considérables. (Extrait de belladone dans l'œil; mouches à l'épaule gauche.) Le 28, mieux. (Collyre au nitrate d'argent, 5 centigrammes sur 30 grammes d'eau.) Le 5 octobre, staphylôme de l'iris persistant au milieu de la tache blanche qui a succédé à l'ulcère. (Cautérisation avec le nitrate d'argent). Le 10, plus d'injection, ni de staphylôme; adhérence de l'iris à la cornée; vision presque aussi nette que du côté opposé. Sorti.

Observ. VI. *Ophthalmie syphilitique.* — Arnut, âgé de vingt-huit ans, fut atteint d'un chancre à la verge et le fit disparaître en douze jours avec l'onguent mercuriel. Trois mois après, il fut pris d'ulcérations à la gorge et d'ophthalmie. Traité encore incomplétement cette fois, il présente actuellement l'état suivant : les conjonctives sont légèrement injectées ; l'iris présente une coloration rouge cuivré autour de la pupille ; celle-ci est oblongue de haut en bas et de dedans en dehors, des deux côtés ; à gauche, échancrure en feuille de trèfle ; contraction on peu lente et moins étendue ; champ des pupilles noir ; ulcération syphilitique à la gorge ; saignées générales et locales. (Gargarisme antisyphilitique, collyre émollient ; sirop sudorifique avec iodure de potassium, 1 gramme.) Après un mois de traitement, il allait mieux ; je ne pus compléter l'observation.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — La respiration peut-elle continuer après l'ouverture des deux côtés de la poitrine? dans quels cas et par quelle cause?

Chimie. — Caractères des sulfates.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base la térébenthine et le baume de copahu.

Histoire naturelle. — Comparer les caractères de la famille des chénopodées avec ceux de la famille des polygonées; indiquer les médicaments que la première de ces familles donne à la matière médicale.

Anatomie. — Des muscles qui concourent aux mouvements d'expiration.

Physiologie. — Des mouvements et des usages de l'iris.

Pathologie externe. — Des fistules en général.

Pathologie interne. — Du mode de production des tubercules pulmonaires.

Pathologie générale. — Des diverses circonstances physiologiques et pathologiques qui produisent dans le sang une diminution de ses globules.

Anatomie pathologique. — De l'inflammation aiguë et chronique des membranes séreuses.

Accouchements. — De l'embryotomie.

Thérapeutique. — La nature des aliments ou des condiments peut-elle avoir sur un médicament une influence telle que celui-ci prenne des qualités nouvelles?

Médecine opératoire. — Des cas qui réclament la résection des os.

Médecine légale. — Des naissances précoces et tardives.

Hygiène. — De l'hygiène publique en général.